


CCSM
TCC
UFSC
ENF
0152
Ex.1

N.Cham. TCC UFSC ENF 0152
Autor: Machado, Ana Paula
Título: Assistência de enfermagem a paci

972521513 Ac. 240703
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

PLANEJAMENTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - ENSINO INTEGRADO

ORIENTADORA: ALACOQUE LORENZINI ERDMANN

SUPERVISORA: SANDRA MARA JACQUES

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE/FAMÍLIA

ONCOLÓGICOS SEGUNDO KING NUMA

ABORDAGEM HUMANISTA

ALUNAS: ANA PAULA BOTELHO MACHADO

CLARICE MARIA DE OLIVEIRA

CLÁUDIA GEVAERD FERNANDES

Florianópolis, março de 1989.

"Todo homem tem direito a um padrão de vida de assegurar-lhe e à sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestiário e habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e o direito à previdência em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice e outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle..."

AGRADECIMENTOS

- Agradecemos às Enfermeiras Alacoque, Áurea, Sandra Mara e Vera pelo carinho, dedi
cação, incentivo, estímulo e principalmen-
te porque elas acreditaram em nossa capaci
dade.

SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO.....	01
II - DESENVOLVIMENTO.....	02
1 - Um Pouco da História do Caridade.....	02
2 - Dificuldades e Perspectivas.....	03
3 - Estrutura Organizacional da Instituição.....	05
4 - Descrição do Serviço de Enfermagem.....	05
5 - Estrutura Organizacional de Serviço de Enfermagem..	06
6 - Regimento do Serviço de Enfermagem.....	06
7 - Estrutura da Unidade de Internação.....	07
8 - Abordagem Teórica: Fundamentos de Oncologia.....	08
Teoria de King.....	17
Abordagem Humanista.....	27
III - OBJETIVO.....	32
IV - CRONOGRAMA DO ESTÁGIO.....	33
V - AVALIAÇÃO.....	34
VI - CONCLUSÃO.....	35
VII - BIBLIOGRAFIA.....	36
ANEXOS	

I - INTRODUÇÃO

O presente planejamento foi elaborado pelas Acadêmicas Ana Paula Botelho Machado, Clarice M^a de Oliveira e Cláudia Gevaerd Fernandes no período de 02/03 à 15/03 do corrente ano, da VIII^a U.C. do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Esta Unidade Curricular tem por objetivo aplicar os conhecimentos teórico-práticos, na prestação de assistência a indivíduos e/ou grupos interrelacionando os fatores físicos, psíquicos, ambientais e sócio-culturais, e desenvolver habilidade para assegurar a qualidade da assistência de enfermagem prestada consciente de que os serviços de educação e saúde são mantidos pela sociedade.

Fomos orientados pela professora Alacoque Lorenzini Erdmann e a Supervisão ficará a cargo da Enfermeira Sandra Mara. O local escolhido pelas alunas foi a Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Hospital de Caridade de Florianópolis.

A iniciativa da escolha do local se deu pelo fato de que durante todo o nosso curso o conteúdo relacionado à Oncologia foi limitado. Outro fator que nos levou a escolher este tema foi a sua grande complexidade, e os tabus que o cercam tanto por parte dos profissionais da saúde como a população em geral. Relevamos também a importância de retomarmos a Instituição como campo de estágio, a fim de conhecermos a situação atual e podermos levar os resultados à comunidade Acadêmica.

O estágio será realizado no período de 21/03 à 09/06 do corrente ano compreendendo 55 horas por aluno, que será executada na Ala Senhor dos Passos com capacidade para 29 leitos de radioterapia e 8 quartos diferenciados.

II - DESENVOLVIMENTO

1 - UM POUCO DA HISTÓRIA DO CARIDADE⁶

Joana de Gusmão, fixou residência em Desterro por volta de 1756 como Irmã Professora da Vulnerável Ordem Terceira da Penitência, prestou seu apoio à dignificante obra de auxiliar tanto corporal quanto espiritualmente aos necessitados, que vinha sendo desenvolvida pela Irmandade, ao ingressar, em 1767, na própria Irmandade Senhor dos Passos.

Joana de Gusmão faleceu em 1780 aos 92 anos de idade, mas permitiu com sua obra fundamental, uma base para as decisões tomadas em 1787 pela Irmandade que verificou a expansão da população da vila e a crescente necessidade de um local adequado ao tratamento dos enfermos e também recolhimento dos mortos, decide a 5 de agosto daquele ano, pela construção do Hospital de Caridade.

Por volta de 1788 devido ao trabalho do Irmão Joaquim Francisco do Livramento, concluiu-se a obra do hospital devido ao auxilio da comunidade da Ilha e do Continente.

Em 31 de dezembro de 1788 reúne-se a Mesa Administrativa da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e seu tesoureiro Sargento-Mor Tomaz Francisco da Costa comunica: "Está findada a obra do HOSPITAL DOS POBRES DA CARIDADE, que se encontra preparada com suas alfaias e uchárias para serem recolhidos os pobres enfermos".

Em 1945^Δ o Hospital de Caridade recebe a visita ilustre do Imperador Dom Pedro II e em ato solene o Imperador lança a Pedra Fundamental da construção do novo hospital, que passa então a chamar-se IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE.

Com a revolução de 1893, ocorre o maior derrame de sangue em Desterro, sob o comando do General de Ferro, e a cidade passa a chamar-se Florianópolis e o Imperial Hospital de Caridade de apenas HOSPITAL DE CARIDADE.

2 - DIFICULDADES E PERSPECTIVAS

/ Durante muitos anos na história de Santa Catarina o Hospital de Caridade representou a única solução aos problemas de saúde da população. Não só pelo caráter filantrópico, mas pelo antigo prédio amarelado que recebeu e salvou milhares de vidas em seus 200 anos de existência. Construído em 1788, o Hospital de Caridade é hoje o maior "doente", refletindo o retrato da falta de prioridade dada à saúde pelos governantes no Brasil e Estado, sendo obrigado a fechar enfermarias e setores sem condições de manter o serviço. No entanto, algo está mudando e o centro de saúde começa a mostrar os primeiros sinais de recuperação.

Durante todos esses anos, a Irmandade Senhor dos Passos, manteve o hospital através de doações voluntárias ou ajudas esporádicas do governo estadual, mas com o passar do tempo, esta Irmandade se vê deficitária para reinvestir na casa, apesar de manter os trabalhos que vinha desenvolvendo no Caridade. Enquanto isso, as dificuldades econômicas da população como um todo reduziram as doações, e o governo, que também criou sua própria rede de atendimento hospitalar, preocupa-se em manter os seus estabelecimentos.

A proposta de "salvar" o Hospital de Caridade iniciou em 1985 e reúne a Superintendência do hospital, a cooperativa da UNIMED de Florianópolis e a FUSESC (Fundação Codesc de Seguridade Social), preocupados com a carência de leitos e atendimento hospitalar na capital. O objetivo é o mesmo: dar condições para que o hospital possa se remodelar e criar um espaço maior para o atendimento aos usuários da cooperativa e Fundação, através de uma medicina alternativa.

O primeiro passo para a concretização deste "sonho" foi a compra de um Tomógrafo Computadorizado para o hospital. A compra deste equipamento não apenas resolve uma deficiência no atendimento hospitalar de Florianópolis, mas o único de uma caminhada para a revitalização do mais antigo centro de saúde do Estado.

O Hospital de Caridade conta hoje com 174 leitos ativos:

- ALA ANA NERI: 24 leitos femininos de radioterapia e Oncologia clínica;

- ALA SENHOR DOS PASSOS: 37 leitos masculinos sendo 29 de radioterapia e 8 quartos diferenciados;

- ALA SÃO JOSÉ: 31 leitos diferenciados;

- ALA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS: 29 leitos de diversas especialidades clínicas e cirúrgicas;

- ALA SÃO CAMILO: 23 leitos, sendo 5 de observação (2 masculinos e 3 femininos) para 24 a 48 horas, 8 leitos de ortopedia, 5 de cirurgia geral masculina e 4 feminina, 1 leitos de neurorradiologia masculina;

- ALA CORAÇÃO DE JESUS: 14 leitos diferenciados;

- FARMACO-DEPENDÊNCIA: 16 leitos (onde são tratados dependentes de drogas, tóxicos e alcoistas).

Estão inativados no momento devido a carência de recursos humanos a Ala Irmã Bernadete com capacidade de 36 leitos de diversas especialidades e, a UTI com capacidade de 11 leitos. Estas alas serão reativadas tão logo for contornado a falta de recursos humanos.

Estão sendo reformadas a área da Emergência e Ambulatório de Ortopedia, bem como uma área que irá abrigar um Tomógrafo Computadorizado e 2 aparelhos de Ultrassonografia.

O restante do hospital já sofreu reformas, umas já concluídas e outras em fase de acabamento.

Dos 174 leitos ativos do Hospital de Caridade, 115 são conveniados com o INAMPS apesar do déficit orçamentário apre

sentado por esta Instituição. O hospital conta atualmente com uma taxa de ocupação de 60,4% e média de permanência por volta de 10 dias.

As reformas feitas desde a estrutura física, de pessoal, e até material, sendo que para material contam com Farmácia Comercial e Semi-Industrial, bem como um processo de reaproveitamento de todo material em condições precárias.

Ao passar a crise e com as despesas das reformas foi necessário se desfazer de parte dos bens que a Instituição possuía, porém mantendo a estrutura original (Lavanderia própria, Padaria, Necrotério, Cemitério, Creche, Capela, Laboratório, Ambulatório, Vista Panorâmica, Mobiliário e peças de valor histórico e cultural).

Destaca-se por ser um dos únicos do Estado a fazerem o tratamento de Cobaltoterapia. Além de que será um novo Centro de tratamento de Clínica-Cardiológica.

3 - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA INSTITUIÇÃO⁵

Devido as crises passadas a estrutura organizacional do Hospital de Caridade está passando por um processo de reformulações. A situação atual é transitória.

O organograma da Instituição está sendo feito segundo os moldes em anexo nº 1.

Bem como está sendo redefinido, a filosofia, os objetivos e a política, uma vez, que parte dele será privatizado.

4 - DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

O Serviço de Enfermagem da Instituição não tem uma filosofia escrita, mas segundo a Diretora da Divisão de Enferma-

gem, tem como finalidade fins curativos, sendo a assistência prestada da melhor maneira possível, dentro de suas próprias dificuldades, em espírito de equipe, visando a humanização da assistência.

Segundo a Diretora de Enfermagem a principal dificuldade da Instituição é o recurso financeiro que leva à uma grande rotatividade de recursos humanos baixando assim a qualidade da assistência. Mas por outro lado essas dificuldades unem ainda mais os funcionários visando uma assistência humanizada apesar de não ser planejada. Embora passando por estas dificuldades atuais o Serviço de Enfermagem trabalha com a perspectiva de mudança (melhor salário, maior recursos materiais e humanos).

Atualmente conta com 142 funcionários de Enfermagem, sendo 15 Enfermeiros, 22 Técnicos de Enfermagem, 11 Auxiliares de Enfermagem e 94 Atendentes de Enfermagem, com regime de 44 horas/semanais.

Conforme o Organograma da Instituição esta conta com um Centro de Educação cuja equipe faz parte um Enfermeiro desenvolvendo atividades de Educação em Serviço e Educação continuada.

5 - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

O Serviço de Enfermagem esta no mesmo nível da Divisão Médica, Administrativa e Técnica.

O Serviço de Enfermagem envolve-se somente com a parte assistencial e contratação de recursos humanos para a Área de Enfermagem.

6 - REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

O Regimento do Serviço de Enfermagem foi revisto em 1980, pelas Enfermeiras Carmela Longo e Áurea Boing. Sendo que está para ser realizado uma nova avaliação.

O Regimento atual está em anexo nº 2.

7 - ESTRUTURA DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO

A Ala Senhor dos Passos possui 12 funcionários assim distribuídos:

- 1 Enfermeiro das 7 às 16 horas;
- 1 Técnico de Enfermagem das 7 às 13:15 horas;
- 1 Técnico de Enfermagem das 13 às 19:15 horas;
- 3 Atendentes de Enfermagem masculinos;
- 3 Atendentes de enfermagem femininos;
- 1 Auxiliar em cada noite;
- 2 Atendentes em cada noite.

Durante o período noturno o Hospital de Caridade possui 2 enfermeiros de plantão, sendo que um fica na supervisão geral e o outro fica na assistência direta a pacientes em estado grave.

A taxa de ocupação no mês de dezembro/88, é de 83%, e a média de permanência de 29 dias.

A unidade passa por algumas dificuldades relacionadas com recursos materiais e humanos.

A equipe de enfermagem, não possui funções específicas como consta no regimento, pois trabalham num "esforço cooperativo", devido a falta de funcionários.

Grande parte dos pacientes que permanecem internados nesta unidade, necessitam de radioterapia. Diariamente os pacientes são selecionados para fazer radioterapia, na dependência da voltagem do aparelho e a prescrição médica. Geralmente estes pacientes são encaminhados para a sala de radioterapia através

de um funcionário nas primeiras vezes, ou com outros pacientes que se sentirem capazes.

A Quimioterapia não ocorre com muita frequência nesta unidade, ficando concentrada na Ala Nossa Senhora das Graças.

O tipo de Câncer que mais ocorre nesta unidade é o Esofágico.

8 - ABORDAGEM TEÓRICA

Este capítulo compõe-se de 3 aspectos:

8.1 - Fundamentos de Oncologia;

8.2 - A Teoria de King;

8.3 - Abordagem Humanista, os quais serão utilizados na proporção de assistência de enfermagem deste planejamento.

8.1 - Fundamentos de Oncologia:

CONCEITOS BÁSICOS¹

ANAPLASIA: Transformação de células em um tempo embrionário menos diferenciado, com maior capacidade de multiplicação, porém com mais dificuldade de especializar-se.

NEOPLASMA: Crescimento novo, que pode ser acompanhado por perda ou aumento de células.

TUMOR: Palavra frequentemente usada como sinônimo de neoplasma, entretanto, estritamente falando, não tem o mesmo significado. Um tumor é uma intumescência que pode ser provocada não só por um aumento do número de células, mas também por inflamação ou acúmulo de fluido numa área localizada.

CISTOS: É uma coleção anormal de líquidos dentro de uma cavidade ou de paredes definidas.

NEOPLASMA BENIGNO: Quando se usa a palavra benigno para descrever uma doença, isto implica que ela é relativamente inofensiva. O neoplasma benigno é aquele que não é letal, mas pode ser prejudicial devido à sua localização ou pelo fato de ocupar espaço.

NEOPLASMA MALIGNO: Doença maligna são as que tem grande possibilidade de serem letais, a menos que se faça algo para interromper ou alterar seu desenvolvimento. A separação entre neoplasma benigno e maligno nem sempre é nítida, na medida em que muitos neoplasmas benignos, devido à localização ou tamanho podem ser fatais. Por outro lado, alguns neoplasmas malignos podem ter uma evolução relativamente lenta.

CÂNCER: Muitas vezes usado como sinônimo de neoplasma maligno. Câncer é uma condição em que células anormais se desenvolvem, multiplicam-se e invadem o tecido normal, interferindo com suas funções e provocando morte, a menos que uma terapia adequada seja instituída a tempo.

CARCINOMA: Neoplasmas malignos que surgem em tecidos originários do ectoderma ou endoderma embrionário.

SARCOMA: Neoplasma maligno que se originam em tecidos formados do mesoderma ou mesênquima.

ONCOLOGIA: Estudo dos tumores. A palavra é muitas vezes num sentido mais amplo, englobando todos os aspectos relacionados a tumores, inclusive prevenção, diagnósticos e tratamentos de pacientes com tumores.

A prevenção do câncer requer conhecimentos dos fatores causais e das medidas para se evitar a exposição a eles. Esses fatores podem ser de 4 tipos: físicos, químicos, genéticos e virais.

- FÍSICOS: associados ao câncer, influem a exposição às irradiações e os traumatismos físicos.

- Radiações: radiação actínica

radiação ultra violeta

radiação proveniente de rá

dio, raio X e explosão de artefatos nucleares.

- Lesão Tecidual

- QUÍMICOS: alimentos
- produtos farmacêuticos
- fumo e álcool
- ambientes industriais

DIFERENÇA ENTRE CRESCIMENTO CELULAR NORMAL E ANORMAL:

A proliferação de células é homeostática quando:

- 1 - Ocorre em resposta a um estímulo adequado;
- 2 - É adequada às necessidades do organismo;
- 3 - Se diferencia em tecido funcional normal;
- 4 - Cessa quando a necessidade do organismo é atendida.

A proliferação de células é anormal quando:

- 1 - Ocorre em resposta a um estímulo inadequado;
- 2 - É inadequada ou excessiva em relação às necessidades do organismo;
- 3 - Resulta em células imaturas ou anômalas;
- 4 - Continua sem levar em conta as necessidades do organismo.

Os neoplasmas malignos podem causar efeitos tóxicos amplos, mesmo numa fase em que a lesão está mais ou menos localizada.

Embora haja diferenças importantes entre células normais e neoplásticas, não há diferença quanto à taxa de crescimento pode ser lenta, rápida ou moderada. As células neoplásticas diferem das normais de várias formas. Sua estrutura e organização podem ser semelhantes, em muitos aspectos, a um tecido normal ou totalmente diferente destes. Algumas características das células neoplásticas são:

- 1 - As células anormais tendem a ser maiores, com um núcleo desproporcionalmente grande;
- 2 - Células tendem a variar de tamanho e forma;
- 3 - Há uma alta frequência de figuras mitóticas

nos núcleos;

4 - Em mitoses normais, cada célula divide-se em duas células-filhas, mas, em tecidos extraídos de um neoplasma maligno, podem ser observados células dividindo-se em 3, 4, ou 6 células-filhas;

5 - As células neoplásticas comportam-se como mutantes com relação à influência organizadora das células vizinhas, isto é, geralmente continuam a se dividir ilimitadamente, ou sem levar em conta as necessidades do organismo como um todo, muitas vezes às custas de células normais.

Uma das características mais relevantes das células neoplásticas é sua capacidade de infiltrar-se entre células normais, invadindo o tecido adjacente. Deve ter algum mecanismo que destrua a substância gelatinosa que age como um cimento intercelular. Além disso, tem uma tendência de libertar-se da célula parietal e podem ser transportados para nódulos linfáticos vizinhos ou para locais distantes, onde estabelecem crescimentos secundários ou metástases.

Ao procurar explicar as diferenças entre células normais neoplásticas, Wanburg - propôs a teoria de que uma célula normal resulta da adaptação de uma célula normal a lesão em seu mecanismo respiratório (enzimático). Acredita-se agora que as alterações enzimáticas sejam um evento secundário e não primário. Além disso, vários cientistas acreditam que o câncer se desenvolve em vários estágios, e que em cada estágio ocorrem diferentes inventos bioquímicos.

TUMORES BENIGNOS²:

Alguns tumores são delimitados por uma cápsula definida, que permanece localizada no tecido no qual se originou e perturba seu hospedeiro somente pela pressão que exerce sobre as estruturas circunvizinhas e pelo sequestro do suprimento sanguíneo dos tecidos normais. Esses tumores, em geral, crescem vagorosamente e, uma vez removidos, não tendem a recidivar.

TUMORES MALIGNOS:

Outros neoplasmas não são circundados por uma cápsu
la, mas crescem por invasão dos tecidos circunjacentes. Esses tu
mores malignos invadem os vasos sangüíneos e os linfáticos e es
tendem-se rapidamente ao longo dos canais abertos. Frequentemen
te, as células tumorais se desprendem e são transportadas pelo
sangue e pela linfa para outras partes do corpo, onde estabelecem
um crescimento secundário. As células tumorais, invadindo os va
sos sangüíneos, são transportadas para os órgãos onde o sangue
venoso passa através de um leito capilar. Esse mecanismo de disse
minação chama-se metástase, e o crescimento novo, ou secundário,
denomina-se crescimento metastático.

CLASSIFICAÇÃO DAS NEOPLASIAS:

TIPO DE TECIDO	TIPO DE NEOPLASMA	
	BENIGNO	MALIGNO
<u>Tecido Conjuntivo</u>		
1-Fibroso	Fibroma	Fibrossarcoma
2-Cartilagem	Condroma	Condrossarcroma
3-Ósseo	Osteoma	Sarcoma Ostogênico
4-Gorduroso	Lipoma	Lipossarcroma
<u>Tecido Muscular</u>		
1-Músculos Lisos	Leimioma	Leimiossarcoma
2-Músculos Estriados	Rabdomioma	Radbomiossarcoma
<u>Tecido Epitelial</u>		
1-Células escamosas	Papiloma Cistos epidermói- de Cistos sebáceos	Carcinoma de célula es- camosas
2-Célula Baçal	Pequeno adenoma ou adenoma de célula sudorípara	Carcinoma de célula ba- sal
3-Camada pigmentada	Nevos	Melanoma maligno
4-Células glandulares	Adenoma	Adenocarcinoma
<u>Tecido Nervoso</u>		
1- Tecido neuronal	Neuroma	Neurofibrossarcroma
2-Glias		Glioma
3-Meninges	Menigioma	Meningioma maligno

TIPO DE TECIDO	TIPO DE NEOPLASMA	
	BENIGNO	MALIGNO
4-Bainha Nervoso	Neurofibroma	Neurofibrossarcroma
<u>Tumores Mistos</u>		
1-Vasos sangüíneos	Hemangioma	Hemangiossarcroma
Tecidos Linfáticos e hematopoiético		Doença de Hodgkin Leucemia Linfossarcroma
Tumores mistos	Cistos dermóides	
Tumores derivados de células embrionárias bem diferenciadas	Teratomas	Teratomas malignos

TRATAMENTO:

Cirurgia³: Remoção cirúrgica completa do câncer é encarada como um modo de tratamento mais eficaz e o mais usado. Pode ser escolhida como método de tratamento primário, ou ter objetivo diagnóstico, profilático, paliativo, radical.

Cirurgia como tratamento primário: Quando é empregado como primeira abordagem no tratamento do câncer, o objetivo da cirurgia é remover todo tumor (ou tanto quanto possível, um procedimento amiúde denominado desabastamento) e qualquer tecido vizinho comprometido incluindo os linfonodos regionais.

Diagnóstica: É em geral realizada para a obtenção de biópsia -a retirada de um fragmento de tecido da formação suspeita. Esse tecido é examinado ao microscópio por um patologista, que prepara por congelamento (rápido) ou em parafina (permanente)

Profilático: Abrange a remoção de lesões que estão prestes a transformar-se em câncer. Um exemplo é a ablação de pequenos tumores (pólipos) que às vezes crescem no cólon. Os dois procedimentos mais comuns são colectomia e mastectomia.

Paliativa: É uma tentativa de minorar as complicações do câncer, como ulcerações obstruções do trato gastrointest

nal, dor produzida pela extensão dos tumores nos nervos circunvizinhos, e perda sangüínea e nutritiva decorrente do extenso crescimento tumoral.

Radical: O propósito da cirurgia radical é remover todo o tumor com o menor distúrbio funcional. Quando o tumor é retirado, bem como os vasos linfáticos que drenam a área vizinha, a cirurgia é chamada de total ou em bloco. Se o câncer apresentar metástase, a cirurgia não é mais curativa. Quando o câncer já se disseminou pode ser necessária a realização da amputação de uma extremidade, ou mesmo uma hemipelvectomia, o que inclui a retirada de uma seção da pelve, bem como uma perna.

IMUNOTERAPIA²: Nos últimos anos ocorreram vários progressos que deram renovação a pesquisa para determinar a potencialidade clínica no tratamento do câncer. Há evidências de que a imunidade do hospedeiro é um fator importante na resistência ao câncer. Estudos recentes mostram que o Timo é essencial para o desenvolvimento da resistência do hospedeiro e para o fenômeno imunológico, incluindo a imunidade ao crescimento humoral.

O Timo grande órgão linfóide, produz o hormônio Timosina. Esse hormônio parece desempenhar um papel na diferenciação de certas células timo-dependentes (células T). Acredita-se que as células timo-dependentes protejam o homem das agressões neoplásticas de área não somente por identificarem as células cancerosas, mas também por eliminá-las. As pesquisas atuais estão dirigidas para o desafio dos mecanismos de defesa contra os microorganismos estranhos, sendo o objetivo estimular a resposta imune, a liberar macrófagos e fagócitos e, assim, eliminar o tumor.

QUIMIOTERAPIA: A esperança para a cura do câncer através de agentes químicos reside na compreensão das diferenças bioquímicas e metabólicas entre as células normais e as neoplásticas, o que torna possível a destruição das células tumorais sem que se provoquem lesões no tecido saudável. Em geral, pode-se dizer que até o momento não se descobriu nenhuma droga capaz de curar os tumores malignos, alguns medicamentos produzem a regressão

do tumor ou de suas metástases, e o uso de agentes quimioterápicos na ocasião da cirurgia pode retardar ou reduzir o aparecimento de crescimentos secundários. Em alguns pacientes, a dor e outros sintomas são aliviados por algum tempo.

A razão para a administração dessas drogas baseia-se no fato de que são capazes de destruir as células jovens que se multiplicam rapidamente. Acredita-se que, a quimioterapia interfira na síntese dos ácidos nucleicos necessários à formação da estrutura necessária a formação da estrutura genética nas células. Como resultado, o crescimento celular e a reprodução são inibidas.

RADIOTERAPIA³: É uma especialidade médica dedicada ao controle e tratamento do câncer por meio de irradiações ionizantes. As radiações ionizantes são ondas eletromagnéticas geradas por radioisótopos: cobalto, rádio e célio - e por dispositivos eletromecânicos, tais como: acelerador nuclear e betatrons. Os tratamentos radioterápicos podem ser feitos através de feixe externo (máquina de cobaltoterapia e acelerador nuclear), por métodos intracavitários (dentro de uma cavidade, isto é, intrauterinos e vaginal) ou por métodos intersticiais (dentro do tecido, como os implantados radiativos). Frequentemente usam-se combinações de tratamentos externos e internos na tentativa de curar a doença local ou regional ou para aliviar os sintomas e sinais de doença avançada, tais como dor, obstrução e sangramento.

A radiação ionizante interfere inespecificadamente na divisão celular e, se foi determinada uma lesão suficientemente letal para radiação dentro da célula, esta será incapaz de reproduzir-se com êxito. Entretanto a morte celular pode não ocorrer imediatamente, mas ser retardada por várias divisões celulares que se prologam de horas e meses. Isso faz com que os tumores levem longos tempos para regredir. A radioterapia pode ser usada em combinações com a cirurgia, seja no pré ou pós-operatório, com ou sem quimioterapia.

PREVENÇÃO³:

A ênfase na prevenção e controle do câncer em 1971 nos Estados Unidos. Os principais sinais de advertência do câncer estão no seguinte esquema:

- C: Constatação de um sangramento ou secreção inco
mum;
- A: Alteração nos hábitos intestinais ou urinários;
- U: Uma dor que não cede;
- T: Tosse ou rouquidão persistente;
- E: Espessamento ou massa na mama ou outro lugar;
- L: Labor (dificuldade) na deglutição ou indigestão;
- A: Alteração óbvia em verruga ou sinal de pele.

8.2 - A Teoria de King⁸

Para facilitar o entendimento deste trabalho faremos uma síntese da teoria de Imogene King e utilizaremos como referência a aplicabilidade da mesma no CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas) do Hospital Governador Celso Ramos.

Através deste estudo tentaremos utilizar o mesmo em uma unidade de internação, pois no CEPOM o trabalho se realiza a nível ambulatorial.

A Teoria do Alcance dos Objetivos, de Imogene King publicada em 1981 foi desenvolvida a partir do marco conceitual no qual King visualiza a prática de enfermagem envolvendo indivíduos e grupos no sistema social. Ela afirma que as percepções do homem formadas no sistema social, a partir das relações interpessoais influenciam sua vida e sua saúde; e que a [★]enfermagem é um processo dinâmico de ajuda pelo qual o enfermeiro e cliente percebem um ao outro e a situação, estabelecem objetivos, exploram os meios e concordam com os meios para atingir os objetivos. Pelo expositivo depreende-se que a natureza da teoria de King, limita sua aplicação à aquelas situações onde é possível manter-se a relação interpessoal enfermeiro/cliente. Assim, é imprescindível, que o cliente, foco da enfermagem, esteja consciente e em condições de compreender e comunicar suas necessidades de saúde, suas

percepções, expectativas e estabelecer objetivos e os meios para alcançá-los.

Por outro lado, a teoria de King é extremamente útil em áreas de atuação onde se deseja que os clientes mantenham ou desenvolvam sua autonomia, participem ativamente do cuidado e assumam compromisso crescente pelos assuntos envolvidos com sua saúde.

O Marco Conceitual:

O marco conceitual consiste na organização de conhecimento para direcionar a prática de enfermagem. O objetivo desta prática é o homem.* Este homem é visto por King como "Sistemas abertos interagindo com o meio ambiente", havendo "troca de matéria e energia e informação" entre eles.

O Marco conceitual de King compõe-se de 3 sistemas em interação pessoal, interpessoal e social.

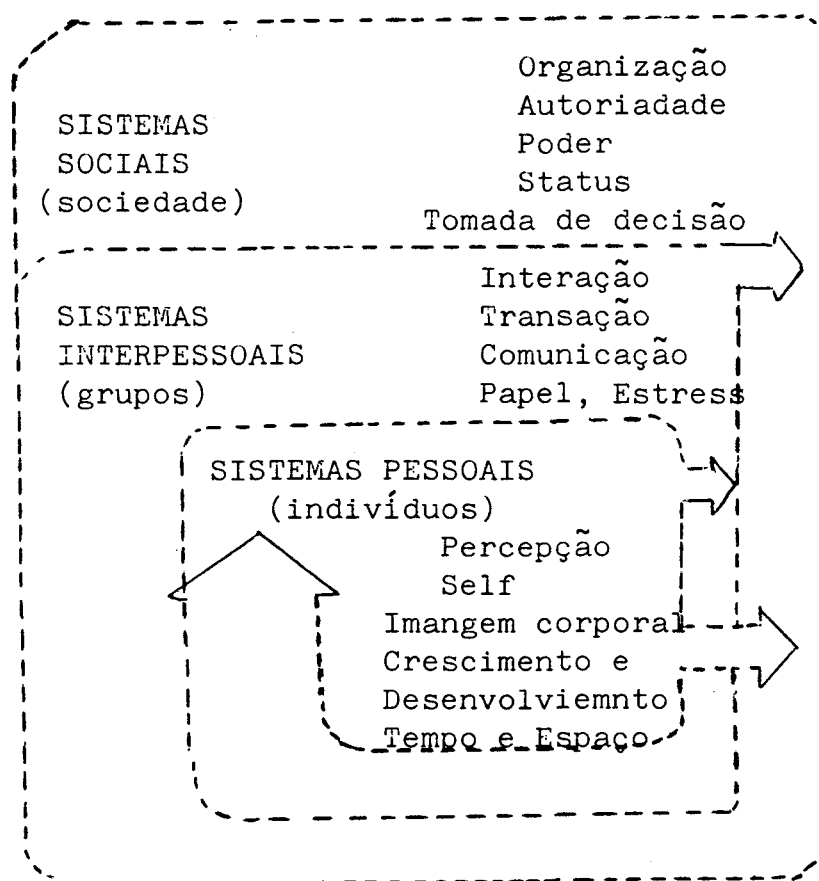


Fig. 1 - Representação do marco conceitual para a enfermagem, concebido por King.

Na figura nº 1, encontra-se os conceitos selecionados por King para ajudar o enfermeiro a compreender o ser humano na interação com os sistemas. King apresenta as relações entre os conceitos componentes do sistema pessoal como segue: as percepções do indivíduo sobre si mesmo, sobre o seu próprio corpo, sobre o tempo e espaço, influenciando a maneira como ele responde às pessoas, objetos e eventos em sua vida. Assim, na medida em que indivíduos crescem e desenvolvem experiências com mudanças na estrutura e funcionamento de seu corpo ao longo do tempo influenciando suas percepções sobre si mesmo (self).

No processo de interação do indivíduo consigo mesmo com grupos ou com sociedade, ele reage com base nas percepções, expectativas, necessidades, valores e objetivos dele próprio e dos elementos envolvidos no processo. A interação enfermeiro/cliente se processa a nível interpessoal, influenciando e sendo influenciada pelas ocorrências a nível pessoal e social. A enfermagem é definida por King como "um processo de interação humana entre enfermeiro e cliente pelo qual cada um percebe o outro e a situação; e através da comunicação estabelecem objetivos e concordam com os meios para atingir os objetivos".

O sistema interpessoal é o mais focalizado por King pois dele foram derivadas as proposições de sua Teoria do Alcance dos Objetivos. Os conceitos de percepções (do sistema pessoal) comunicação e transação (do sistema interpessoal), apresentados na figura nº 1, constituem a base fundamental para a compreensão da interrelação entre os sistemas pessoais e interpessoais.

Percepção segundo King é a representação que cada ser humano tem da realidade. É a partir da sua relação com o ambiente que o indivíduo organiza, interpreta e transforma a informação obtida pelos sentidos, registrando na memória.

Comunicação é o processo pelo qual a informação é obtida entre pessoas que utilizam sinais e símbolos significativos, para possibilitar a interação e transação. É irreversível, irreptível e envolve a pessoa toda. Para que a comunicação seja

efetiva, ela deve ocorrer em uma atmosfera de mútuo respeito e desejo de atendimento.

Transação é o processo de interação pelo qual os seres humanos se comunicam buscando alcançar objetivos que são valorizados por ambos. Quando os indivíduos concordam com os meios para alcançar os objetivos eles se movem em direção às transações, que só ocorrem com o alcance dos objetivos.

Os conceitos de papel e estresse, do sistema interpessoal também merecem destaque pois são incluídos nas proposições.

Papel segundo a abordagem interacionista, é definida por King como a função no relacionamento entre os indivíduos numa situação específica com um determinado objetivo, sendo que um indivíduo desempenha o papel de doador e outro de receptor por um determinado tempo, podendo haver inversão de papéis.

Estresse é definido por King como um estado dinâmico do organismo pelo qual o ser humano interage com o ambiente para manter o "balanço" visando o crescimento e desenvolvimento, e desempenho.

Apesar da definição de King incluir só os aspectos positivos, o estresse pode ser negativo ou positivo, construtivo ou destrutivo e se manifestar de forma fisiológica, psicológica e social. O conceito de estresse de King tem muita semelhança com o conceito de saúde, que é vista como um processo de crescimento e desenvolvimento humano que nem sempre ocorre suavemente e sem conflitos. Sendo definida como "experiências dinâmicas da vida dos seres humanos, os quais implicam no contínuo ajustamento aos estressores no ambiente interno e externo através da ótima utilização dos recursos individuais para atingir o potencial máximo para viver no dia a dia".

Saúde é também definida por King como "um estado que permite aos indivíduos habilidade para funcionar nos seus papéis sociais".

Papel Social segundo a abordagem funcionalista são

os comportamentos esperados quando o indivíduo ocupa uma posição no sistema social, ou as regras e procedimentos definidos como direitos e obrigações dentro da organização.

Sistema Social "é um sistema delimitado, organizado por papéis comportamentais e práticas sociais e desenvolvida para manter valores e mecanismos que regulam as práticas e normas". Sistemas sociais tais como o familiar, o religioso, o educacional o de trabalho, o do grupo profissional, influenciam as pessoas à medida que elas crescem, se desenvolvem e se movem da infância à idade adulta. As forças sociais estão em constante movimento dentro dos sistemas sociais, este jogo de forças influencia o comportamento social, as interações, as percepções e a saúde.

O sistema social é um componente essencial do marco conceitual da enfermagem segundo King, pois os enfermeiros no seu contato diário, encontram indivíduos de vários grupos sócio-econômico-culturais, trabalham em locais de diferentes tamanhos, estrutura, valores, recursos e objetivos. Tanto os clientes como os enfermeiros trazem para a situação de enfermagem experiências de vida de diferentes tipos de sistema sociais. Classe social, papel, posição social (status) e valores culturais(étnicos) parecem constituir variáveis críticas na percepção e interação cliente/enfermeiro.

Daí a relevância para o enfermeiro do conhecimento da influência do sistema social sobre o comportamento dos indivíduos e grupos.

A Teoria do Alcance dos Objetivos:

A teoria do alcance dos objetivos originou-se da teoria dos sistemas abertos. Embora os sistemas pessoal e social influenciem a assistência à saúde conforme demonstra no seu amplo marco conceitual, King limita sua teoria aos aspectos das relações interpessoais visando transações que culminam com o alcance dos objetivos. Neste processo de relação interpessoal os indivíduos estão a face na situação para ajudar e ser ajudado no sentido de manter um estado de saúde que permita-os funcionar nos seus papéis , ou se isto não for "morrer com dignidade".

A teoria do alcance dos objetivos é uma dentre muitas teorias que poderiam ser desenvolvidas a partir do marco conceitual elaborado por King.

Essa teoria descreve e explica o processo de enfermagem e é relevante para a prática porque proporciona conhecimentos sobre os processos e os resultados.

Os Conceitos da Teoria e suas Relações:

Os conceitos Percepção, Self, Crescimento e Desenvolvimento, Interação, Transação, Papel e Estresse são os elementos componentes da teoria do alcance dos objetivos.

O foco principal da teoria é de que "cada ser humano percebe o mundo como uma pessoa total à medida que estabelece transação com indivíduos e coisas no ambiente". Cada pessoa que entra na situação como um participante ativo, sofre mudanças no processo das experiências. O conceito de si próprio (self) emerge do processo de crescimento e desenvolvimento ao longo do ciclo vital, que é influenciado pelo tempo e espaço. O conceito de si próprio (self) influencia a percepção de cada um e esta ajuda a desenvolver o conceito de si próprio (self). Estes conceitos influenciam o papel (o que penso, o que assumo, o que espero e o que desempenho).

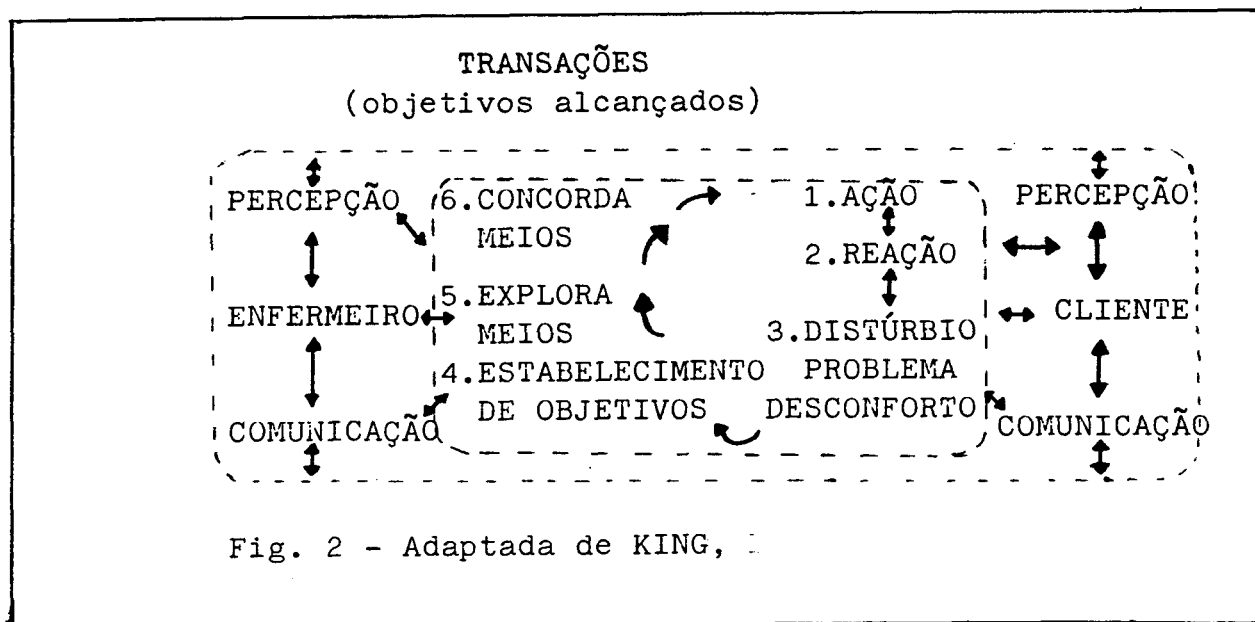
Neste processo de interação enfermeiros e clientes compartilham informação através da comunicação e estabelecem transações (o alcance dos objetivos).

Conforme demonstra a figura nº 2 poderá haver momentos que se caracterizam por ação, reação, distúrbio, estabelecimento de objetivos, exploração e concordância sobre os meios para o alcance dos objetivos.

A ação ocorre quando um membro da díade enfermeiro/cliente inicia o comportamento, por exemplo faz uma pergunta um comentário, pede uma informação, caminha em direção ao outro, estende a mão

A reação é o comportamento de resposta ao comporta-

mento anterior, por exemplo, resposta a pergunta, caminha também em direção ao outro, desenvolve o olhar, estende a mão.



O distúrbio ocorre quando algum dos membros ou ambos notam a presença de algum desconforto ou problema, por exemplo, resistência para agir face a situação, recusa para o desempenho de determinada ação.

O estabelecimento dos objetivos quando se conseguir vencer a etapa anterior (após barganha e/ou negociação, troca de conhecimento, informações, valores e percepções); o objetivo pode estar implícito no comportamento observado ou verbalizado ou pode cada pessoa afirmar a concordância com o objetivo.

A exploração dos meios é a condição básica para o alcance do objetivo e ocorre quando ambos exploram junto os meios. Poderá não haver a concordância pelo cliente sobre os meios propostos pelo enfermeiro, mas este deve estar "aberto" para ouvir contrapropostas e "negociar". A transação só se completa com o alcance do(s) objetivo(s).

Quando os objetivos do enfermeiro e os objetivos do cliente são incongruentes ocorre conflito e aumenta estresse e ambos, indivíduo e situação.

Pressuposições:

Algumas das presunposições da teoria de King se referem aos seres humanos e outros a interação enfermeiro/cliente. Os seres humanos são considerados por King como: ^{*} seres sociais, pensantes, racionais que reagem, que controlam, que tem propósitos orientados para a ação, orientados no tempo. No que se refere a interação enfermeiro/cliente King afirma:

"As percepções do enfermeiro e do cliente influenciam o processo de interação.

Objetivos, necessidades e valores do enfermeiro e cliente influenciam o processo de interação.

Os indivíduos têm direito a ter conhecimento sobre si mesmo.

Os indivíduos têm o direito de participar nas decisões que influenciam sua vida, sua saúde e serviços comunitários.

Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de compartilhar informações que ajudam os indivíduos a tomarem decisões com base na informação sobre seu cuidado à saúde.

Os indivíduos têm direito de aceitar ou rejeitar o cuidado à saúde.

Os objetivos dos profissionais de saúde e os objetivos dos receptores do cuidado à saúde podem ser incongruentes".

Contraditórios

Proposições;

King elaborou as seguintes afirmações teóricas para descrever as relações entre os conceitos componentes da Teoria do Alcance dos Objetivos:

"Se a percepção acurada está presente nas interações enfermeiro/cliente, ocorrerão as transações.

Se enfermeiro e cliente fazem transações os objetivos serão atingidos.

Se os objetivos forem atingidos ocorrerá cuidado de enfermagem efetivo.

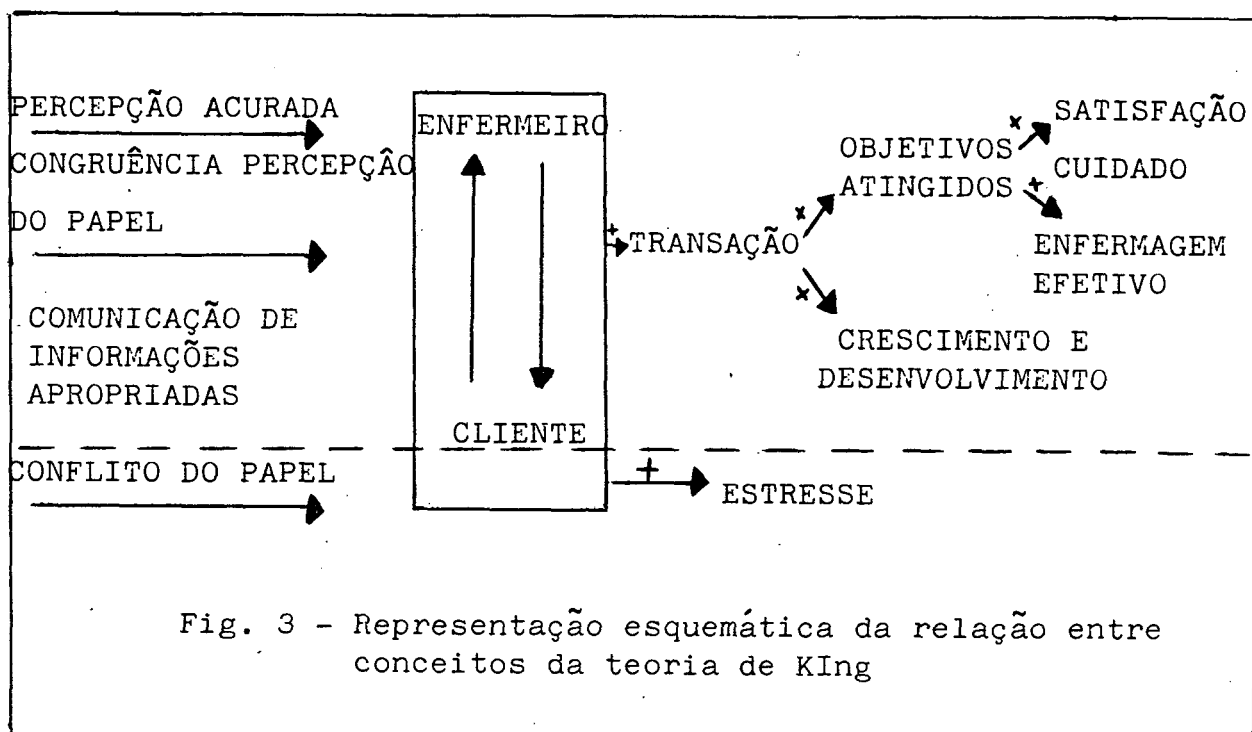
Se são feitas transações nas interações enfermeiro/cliente, crescimento e desenvolvimento serão fortalecidos.

Se as expectativas do papel e o desempenho do papel, como são percebidos pelo enfermeiro e cliente, são congruen-

tes e ocorrerão transações.

Se o conflito do papel é operacionalizado pelo enfermeiro o cliente ou ambos, ocorrerá estresse nas interações enfermeiro/cliente.

Se enfermeiros com conhecimentos especiais e habilidades, comunicam informações apropriadas para os clientes, ocorrerá mútuo estabelecimento dos objetivos e o alcance dos objetivos.



Processo de Enfermagem:

O processo de enfermagem na concepção de King "É o processo dinâmico interpessoal em curso no qual enfermeiro/cliente são vistos como um sistema cada qual afetando o comportamento do outro e ambos sendo afetados pelos fatores dentro da situação". Se os componentes incluem ação, reação, interação e transação, processo pelo qual enfermeiro/cliente compartilham informações sobre suas percepções na situação de enfermagem, identificam problemas ou preocupações, estabelecem objetivos mútuos, exploração e concordam com os meios para atingir os objetivos.

King reconhecendo que o processo de enfermagem

se tornou um método padronizado utilizado na maioria das situações de Enfermagem, criou uma forma de documentá-lo a que chamou de Registro de Enfermagem Orientado para os Objetivos. O modelo de registro proposto por King inclui os seguintes elementos.

1 - Dados de Base: Todas as informações coletadas na admissão, constando de: Histórico de Enfermagem e de Saúde, Histórico Médico e exame físico, resultados de exames laboratoriais e Raio X, informações de familiares e outros profissionais.

2 - Listas de Problemas: Sinais e sintomas de distúrbios ou interferências na habilidade do cliente em desempenhar seus papéis usuais, servem de guia para identificar o diagnóstico de enfermagem e para planejar a assistência.

3 - Listas de Objetivos: Abordagem sistemática para ajudar os indivíduos a atingir o estado de saúde desejado, proporcionar meios para continuidade dos cuidados, focaliza a participação do cliente.

4 - Plano: Constando de SOAP ou seja, dados subjetivos, dados objetivos, análise do problema e plano. O plano inclui o diagnóstico de enfermagem e os meios sobre os quais houve concordância para a resolução do problema e alcance dos objetivos.

5 - Evolução: Pode ser feita na forma narrativa, na forma de "Sheets" ou seja quadros de controle que contém informações de rotina, ou relatos repetitivos e específicos, ou dados cumulativos, ou na forma de sumário final onde se avalia se os objetivos foram ou não alcançados e se identificam objetivos futuros.

No nosso entender os dados de base são as informações, derivados do paciente que servem como ponto de partida para sua assistência, informações essas obtidas por meio de observações, entrevistas e exames físicos no processo de interação humana. Assim, o guia utilizado para a coleta dos dados de base é um meio facilitador deste processo e não um fim em si mesmo.

Os dados incluídos por King de identificação, si-

nais vitais, duração da doença, previsão da hospitalização, hábitos pessoais, história social, recreação, estado de saúde dos diversos sistemas fisiológicos, medicamentos, atitude geral, cuidados de enfermagem imediatos.

*Roteiro de Dados de Base em anexo nº 3.

8.3 - Abordagem Humanista^{4/10}

A enfermagem reflete a consciência de que o homem não é simplesmente um organismo biológico, mas também um ser psicossocial e espiritual. Entretanto, a maior parte da literatura em enfermagem dedica-se às dimensões biopsicossociais. O espírito é negligenciado ou limitado a necessidades institucionalizadas de religiões, como protestante, católica e judaica.

Todo homem precisa de amor e relacionamento, o amor caminha lado a lado com a necessidade de sentido e propósito para vida.

Embora as necessidades espirituais sejam reconhecidas como importantes por muitos professores de enfermagem, evita-se o cuidado espiritual como parte do tratamento ao paciente.

A maior objeção apontada pelos enfermeiros em assistir às necessidades espirituais dos pacientes é a idéia de que o relacionamento dos mesmos com Deus é algo particular, no qual nós não devemos interferir.

Segundo TRAVELBEE: "O enfermeiro não somente se esforça para avaliar a dor física ou dar cuidados físicos ¹/₇ ele assiste a pessoa. O enfermeiro preocupa-se com o indivíduo como um todo e não apenas com uma parte do corpo. A existência do sofrimento, seja ele físico, mental ou espiritual, é muito propria mente dito preocupação do enfermeiro.

Como enfermeiros temos responsabilidade de cuidar da pessoa inteira, incluindo suas necessidades espirituais.

RESPOSTA A DOENÇA E A MORTE'
segundo Kübler-Ross

Estágios da Doença	Necessidades espirituais	Intervenção de enfermagem sugerida
1-Negação: "Não, não consigo";	1 - Amor	1-Abordagem: conforto, dar forças a) esteja disponível b) estabelece um contato físico, criando uma atmosfera fraternal. c) Ouça muito, perceba pistas de fontes de esperança.
2-Revolta: "Por que eu? A culpa pode ser projetada sobre outros, talvez Deus sente perda de controle; sentir culpa."	2- Amor, sensação de aceitação	2-Abordagem: conforto a) Não evite a pessoa b) Não personalize a revolta projetada. c) Garanta algum sentido de controle para o doente; permita que tome suas próprias decisões sobre o horário de atividades diárias. d) Estimule a manifestação de sensação de revolta, choro etc.: "Estarei a seu lado". e) Se o paciente for incapaz de manifestar revolta, identifique recursos espirituais importantes para ele, a enfermeira pode ajudá-lo a entrar em contato com seus sentimentos rezando em voz alta: "Senhor,

Estágios da Doença	Necessidades Espirituais	Intervenção de Enfermagem sugerida
		<p>sabeis como é fácil para nós sentir revolta e amargura quando acontece algo injusto e doloroso.</p> <p>f) Utilize recursos significativos para o paciente: família, amigos e conselheiro espiritual.</p> <p>g) Ajude as outras pessoas a compreenderem a manifestação de revolta.</p> <p>h) Use trechos das Escrituras onde se manifesta revolta, como os Salmos.</p>
<p>3-Barganha: "Sim, comigo; mas..."Período de trégua temporária.</p>	<p>3-Esperança; confiança/fé</p>	<p>3-Abordagem: catalizadora - acelerar os esforços para a recuperação ou para a aceitação de doença crônica e morte.</p> <p>a) Ajude o paciente a encarar as consequências das opções possíveis, através do uso criterioso de questões oportunas. Por ex.:</p> <ul style="list-style-type: none">- Como será sua vida se tiver que arrumar outro emprego?- Como será sua vida se tiver que usar muleta para sempre?- Como você pode transformar seu sofrimento numa experiência positiva? <p>b) Ex. de perguntas específicas, relacionadas com recursos espirituais, utilizando uma abordagem reflexiva:</p>

Estágios da Doneça	Necessidades Espirituais	Intervenção de Enfermagem sugerida
		<ul style="list-style-type: none">- Quando penso em Deus, penso em- Vejo-me, em relação a Deus, como...- Se quisesse conhecer Deus (me-lhor), eu...
4-Depressão: "Sim comigo". A revolta volta-se para dentro; sente-se desesperançado e encurralado - problemas demasiadamente grande.	4-Esperança: "Há uma saída".	4-Abordagem: Catalizadora a) Use questões oportunas quando for o caso. b) Ex. de perguntas que geram esperança: suponha que Deus o ame, pessoal e verdadeiramente, a despeito de qualquer coisa - como isso afetaria sua perspectiva.
5-Aceitação: Não fatalismo, mas basicamente uma atitude de: "Ainda sou eu mesmo - uma pessoa preciosa. O que posso fazer agora?".	5-Expressão de relacionamento significativo com a divindade.	5-Abordagem: desafio - engajar-se em valores positivos a) Transmista, de seu próprio jeito, ao paciente, que "é importante para sua família e para mim o que você faz com sua vida e seu potencial". b) Elogie os sucessos físicos, emocionais e espirituais do paciente. c) Pergunte quando for o caso: "Por que não permite que Deus intervenha nesta situação específica?".

Obs: Esta tabela descrita por Kübler-Ross corresponde à proposta da Teoria das crises de Cooper.

Tenta-se apresentar algumas atitudes que poderão favorecer a orientação com o paciente/família e consequentemente ser entendido por ambos como uma assistência "humanizada". Assim tem-se:

- Conversar;
- Dar atenção;
- Ouvir;
- Sentar ao lado/estar ao lado;
- Estar próximo fisicamente;
- Apoiar;
- Esclarecer dúvidas;
- Ajudá-lo nas suas mais variáveis necessidades;
- Compreender suas atitudes;
- Respeitar suas idéias, valores, crenças, individualidade e sensibilidade;
- Acompanhá-lo;
- Aproximá-lo aos outros (paciente/família);
- Ter pensamento objetivo;
- Ser delicado, cordial, gentil e amigo;
- Confortar;
- Estabelecer o contato físico;
- Criar uma atmosfera fraternal;
- Utilizar os recursos de maior significância para o paciente;
- Reforçá-lo positivamente (animá-lo);
- Engajar seus valores positivos.

Essas atitudes vão ao encontro da proposta do Perfil do Enfermeiro da UFSC, que através de um levantamento junto à comunidade, justifica-se a retomada de uma assistência de Enfermagem humanizada, da relação enfermeiro/paciente.

Proposta do Perfil do Enfermeiro em anexo nº 4.

III- OBJETIVO

OBJETIVO

1 - Atender as necessidades de saúde dos pacientes oncológicos e familiares (6 pacientes/aluna, continuamente), internados na Ala Senhor dos Passos, do Hospital de Caridade, tendo como referência os conceitos de Alcance dos Objetivos de Imogene King dando ênfase a uma abordagem humanista.

AÇÕES

- 1 - Levantar dados de base segundo roteiro de King através do processo de interação com o paciente e família.
- 2 - Identificar os problemas (sianis e sintomas de distúrbios ou interferência na habilidade do cliente de desempenhar seus papéis usuais).
- 3 - Elaborar os objetivos junto ao paciente e família para solucionar os problemas identificados.
- 4 - Elaborar um plano de ação junto ao paciente e família.
- 5 - Executar ou providenciar a execução do plano.
- 6 - Avaliar os resultados junto com o paciente e a família.
- 7 - Orientar os funcionários da unidade quanto a importância do significado e as ações condizentes a uma assistência de enfermagem humanizada.

IV- CRONOGRAMA DO ESTÁGIO

02 à 15/03 - Período destinado a elaboração do projeto;

15, 16 e 20/03 - Período destinado a apresentação dos projetos da VIIIª U.C.;

21/03 à 09/06 - Período destinado ao desenvolvimeto do conteúdo programado;

12/06 à 23/06 - Período destinado a elaboração do relatório;

26, 27, 28/06 - Período destinado a exposição dos relatórios dos projetos da VIIIª U.C.;

28/06 - Apresentação do relatório deste projeto;

OBS: O trabalho datilografado deverá ser entregue na cordenadoria do curso em 27/06.

V-AVALIAÇÃO

No decorrer do estágio cada aluna tentará estabelecer um contato contínuo com seis pacientes e seus familiares. Permaneceremos junto ao paciente mostrando-lhe disponível à ouvi-lo, ou simplesmente fazer-lhes companhia. Procuraremos identificar as necessidades do paciente e junto com eles estabelecermos os objetivos, caso o paciente não possa fazê-lo os objetivos serão traçados com a família.

As acadêmicas elaborarão e executarão em conjunto com a equipe de enfermagem, o plano de ação para alcance dos objetivos e evolução do paciente. Utilizaremos como instrumento para a abordagem e desenvolvimento do nosso trabalho, o roteiro de dados de base segundo a teoria de King.

Os dados de base servirão somente como guia e não será obrigatório a aplicação do mesmo a todos os pacientes, porque a interação enfermeiro/paciente vai depender do aqui e agora.

VII-BIBLIOGRAFIA

- 1 - BELLAND, I. & PASSOS, J. Enfermagem Clínica, 3 volume, 3ª ed. .
São Paulo, EPU/EDUSP, 1978.
- 2 - BRUNNER, L.A. & SUNDARTH, D.S. Enfermagem Médico-Cirúrgica, 3ª
ed., Interamericana, Rio de Janeiro, 1977.
- 3 - BRUNNER, L.A. & SUNDARTH, D.S. Enfermagem Médico-Cirúrgica, 5ª
ed., Interamericana, Rio de Janeiro, 1985.
- 4 - FISH, Sharon & SHELLY, Judith Alem Cuidado Espiritual do Pa-
ciente, 1ª ed., UMHE, São Paulo, 1986.
- 5 - Hospital de Caridade. Documentos Organizacionais (Regimento,
Organograma e outros).
- 6 - Informativo da UNIMED, nº 27, Janeiro/Fevereiro, Florianópolis
1989.
- 7 - PHILIPI, R. Manual de Clínica Oncológica, 4ª ed., Sarvier, São
Paulo, 1977.
- 8 - RADNUZ, Vera ett alli. A Teoria de Imogene King: Considerações
sobre sua aplicabilidade na assistência de enfermagem.
- 9 - RAMOS JR., José Oncologia Clínica, 2ª ed., Sarvier, São Paulo,
1984.
- 10- ROSS, E.K. Sobre a Morte e o Morrer, 1ª ed., São Pulo, Martins
Fontes, 1981.
- 11 - SILVEIRA, L.A. & SILVEIRA, M.V. de S. Câncer o que você pre-
cisa saber, 1ª ed., Florianópolis, Editora da UFSC, Co Edi-
tora Lunardeli, 1987.

ANEXOS

anexo nr.2

REGULAMENTO DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I DOS OBJETIVOS

Art. 1º - A Divisão de Enfermagem do Hospital de Caridade de Florianópolis tem por fim:

- 1 - Proporcionar cuidados de enfermagem integrais aos pacientes;
- 2 - Desenvolver Educação em Serviço para o pessoal de Enfermagem;
- 3 - Manter atualização profissional continuada;
- 4 - Manter bons padrões de campo de estágio para futuros profissionais;
- 5 - Colaborar nas pesquisas médicas, e de enfermagem, tendo em vista melhorar assistência aos pacientes;
- 6 - Auxiliar o Hospital a alcançar seus objetivos.

CAPÍTULO II DA DIREÇÃO E COMPOSIÇÃO

Art. 2º - A Divisão de Enfermagem é coordenada por uma Enfermeira:

A ela compete supervisionar todas as atividades de enfermagem, desenvolvidas nas Unidades do Hospital e a execução de todas as atribuições específicas de Enfermagem e suas funções auxiliares no Hospital.

§ ÚNICO - A Chefe da Divisão de Enfermagem será assessorada, por uma enfermeira assistente da respectiva Divisão.

Art. 3º - A Divisão de Enfermagem é constituída pelas seguintes Unidades:

- Unidade 1 - Clínica Médica
- Unidade 2 - Clínica Cirúrgica
- Unidade 3 - Centro Cirúrgico e Pós-Anestésico
- Unidade 4 - Unidade de Terapia Intensiva
- Unidade 5 - Unidade de Emergência e Ambulatório
- Unidade 6 - Centro de Material e Esterelização

Unidade 7 - Pneumologia

Unidade 8 - Internação

Unidade 9 - Ortopedia e Traumatologia

Unidade 10- Oncologia

Unidade 11- Neurologia

§ ÚNICO - Para melhor funcionamento poderão ser criados novas Unidades de Internação.

CAPÍTULO III

DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 4º - O pessoal da Divisão de Enfermagem classifica-se em diversas categorias funcionais obedecendo a seguinte hierarquia:

1 - Chefe da Divisão de Enfermagem

2 - Enfermeira Assistente da Chefe da Divisão de Enfermagem

3 - Responsável de Unidade de Enfermagem

4 - Técnico de Enfermagem

5 - Auxiliar de Enfermagem

6 - Atendente de Enfermagem

Art. 5º - A Chefe da Divisão de Enfermagem compete:

1 - Representar junto ao Conselho Diretor e a Superintendência do Hospital de Caridade e outros órgãos oficiais, a Divisão de Enfermagem.

2 - Organizar a estrutura social e de material da Divisão de Enfermagem.

3 - Planejar programas de trabalho para a Divisão de Enfermagem e acompanhar a execução dos mesmos.

4 - Estabelecer um regime de trabalho eficaz, visando a satisfação do paciente, dos seus familiares e do próprio servidor.

5 - Elaborar com o Auxílio das diversas Chefias de Unidades o quadro do pessoal necessário para o funcionamento do serviço.

6 - Distribuir quantitativamente e qualitativamente o pessoal de Enfermagem.

7 - Avaliar o desempenho das funções dos servidores da

Divisão de Enfermagem.

- 8 - Desenvolver atividades de pesquisa em Enfermagem.
- 9 - Convocar e presidir reuniões da Divisão de Enfermagem.
- 10- Manter entrosamento com o Corpo Clínico e demais serviços do Hospital.
- 11- Participar das reuniões profissionais, representando a Divisão de Enfermagem.
- 12- Cooperar com os programas de saúde do Hospital e da comunidade.
- 13- Representar o Hospital junto às entidades de classe.
- 14- Sugerir ao Superintendente do Hospital, medidas que visem melhoria do padrão de atendimento dos pacientes.
- 15- Providenciar material e equipamento especial necessários para o uso nas diversas Unidades de Enfermagem.
- 16- Controlar o material e equipamento técnico, verificando seu uso e emprego adequado.
- 17- Apresentar relatório de Enfermagem ao Superintendente.
- 18- Cumprir e fazer cumprir ordens de serviço.

Art. 6º - À Enfermeira Assistente da Chefe da Divisão de Enfermagem compete:

- 1 - Assessorar diretamente a Chefe da Divisão de Enfermagem.
- 2 - Participar efetivamente no planejamento e nos trabalhos da Divisão de Enfermagem.
- 3 - Substituir a Chefe da Divisão de Enfermagem em seu impedimento.
- 4 - Coordenar e participar do treinamento do pessoal de Enfermagem.
- 5 - Supervisionar as atividades de Enfermagem nas Diversas Unidades de Internação.
- 6 - Colaborar com o Enfermeiro Chefe na elaboração dos planos de cuidados de Enfermagem das suas unidades.

Art. 7º - A responsável da Unidade de Enfermagem compete:

- 1 - Responder pela Unidade da qual foi designada pela

chefe do Serviço de Enfermagem.

- 2 - Planejar e executar programas para sua área de trabalho.
- 3 - Supervisionar e avaliar os cuidados de Enfermagem em sua Unidade.
- 4 - Planejar a distribuição do pessoal visando manter a assistência permanente aos pacientes.
- 5 - Visitar diariamente os pacientes inteirando-se, em sua necessidade física, social, mental e espiritual.
- 6 - Prestar cuidados diretos de Enfermagem ao paciente sempre que necessário.
- 7 - Orientar o pessoal de Enfermagem na adoção de métodos uniformes de trabalho.
- 8 - Promover a adaptação e satisfação em serviço ao pessoal de Enfermagem.
- 9 - Elaborar relatório, transcrever ordens em serviço ao pessoal de Enfermagem.
- 10- Fazer escala mensal de serviço, escala de atribuições diárias, férias e folgas.
- 11- Providenciar medidas para o bom andamento das atividades de enfermagem.
- 12- Requisitar material e medicamentos.
- 13- Determinar os controles de equipamentos, material e medicamentos.
- 14- Zelar pela conservação e providenciar concertos e reposição de equipamentos, materiais e roupas.
- 15- Orientar pacientes sobre regulamentos do Hospital.
- 16 - Promover reuniões periódicas com os seus servidores e participar de reuniões de Enfermagem ou médicas.
- 17- Colaborar nos estágios de alunos de Enfermagem e outros.
- 18- Colaborar em programas específicos de educação em serviço.
- 19- Executar atividades de pesquisa em enfermagem e colaborar em pesquisas médicas.
- 20- Participar de comissões de estudos e de rotinas de

serviço.

21- Cumprir e fazer cumprir ordens de serviço, portarias e o regulamento do Hospital.

22- Desempenhar outras tarefas à critério da Chefe de Enfermagem.

Art. 8º - Ao Técnico de Enfermagem compete:

- 1 - Executar atividades de Enfermagem relativas a cuidados intensivos de pacientes graves conforme o planejamento da Enfermeira, Chefe da unidade.
- 2 - Participar do planejamento dos cuidados de Enfermagem.
- 3 - Prestar cuidados integrais de Enfermagem aos que lhe forem confiados.
- 4 - Observar e anotar qualquer reação anormal do paciente e tomar as devidas providências.
- 5 - Administrar medicamentos por Via Oral e Parenteral, quando necessário, bem como exames especiais, tratamentos e curativos.
- 6 - Executar cuidados pré e pós-operatórios e orientar o paciente e familiares sobre sua doença e tratamento.
- 7 - Integrar a equipe de Enfermagem.
- 8 - Chefiar Unidades de Enfermagem, na falta da enfermeira.
- 9 - Zelar pela manutenção da limpeza das dependências da Unidade.
- 10- Colaborar no programa de educação em serviço.
- 11- Ser auxiliar direto do enfermeiro.
- 12- Exercer funções delegadas pelo Enfermeiro.
- 13- Executar programas de Saúde Pública.
- 14- Cumprir o regulamento do Hospital e do Serviço da Enfermagem.
- 15- Desempenhar outras tarefas a critério da responsável pela Unidade de Enfermagem.
- 16- Fazer o relatório diário da Unidade.

Art. 9º - Ao Auxiliar de Enfermagem compete:

- 1 - Receber os pacientes admitidos e orientá-los na Uni-

dade de Enfermagem.

2 - Prestar cuidados de Enfermagem direto aos pacientes que proporcionem conforto físico, psíquico, moral e espiritual.

3 - Vigiar pacientes graves, agitados, inconcientes e outros que necessitam atenção especial.

4 - Administrar medicamentos por Via Oral e parenteral quando necessário, bem como auxiliar nos exames especiais, tratamentos e curativos, de acordo com as prescrições médicas e as rotinas estabelecidas.

5 - Fazer relatório das alterações observadas no estado geral do paciente.

6 - Atender o paciente, em suas necessidades e solicitações.

7 - Zelar pela manutenção da limpeza das dependências da Unidade.

8 - Cumprir ordens de Serviço, portarias e regulamentos do Hospital.

9 - Manter boas relações com os pacientes e familiares.

10- Desempenhar outras tarefas a critério do responsável pela Unidade de Enfermagem.

Art.10º - Ao Atendente de Enfermagem compete:

1 - Executar tarefas que facilitem o trabalho da equipe de Enfermagem e permitem manter o ambiente agradável.

2 - Executar cuidados integrais de enfermagem que atendem ao bem estar do paciente.

3 - Assistir o paciente em suas solicitações e necessidades.

4 - Assistir o paciente em sua movimentação.

5 - Colaborar na administração por via Oral e parenteral de medicamentos, bem como exames especiais, tratamentos e curativos, de acordo com a prescrição médica e as rotinas estabelecidas sob orientação da chefia da unidade ou da chefia de plantão.

6 - Anotar no relatório de Enfermagem os cuidados prestados aos pacientes e observação feita.

- 7 - Cumprir as ordens de serviços, portarias e regulamentos do Hospital.
- 8 - Manter boas relações com os colegas, médicos, pacientes, familiares e chefe hierárquicos.
- 9 - Cabe aos atendentes responsabilizar-se pela limpeza, conservação e controle do material na Unidade.
- 10 - Desempenhar outras tarefas a critério da responsável pela Unidade de Enfermagem.

Art.11º - Ao Serviço de Escrituração de Enfermagem compete:

- 1 - Fazer pedidos ao almoxarifado, providenciando encaminhamento após a assinatura da responsável da Unidade
- 2 - Encaminhar para a farmácia os pedidos diários de medicação.
- 3 - Receber, conferir e guardar o material, vindo do almoxarifado e farmácia, comunicando à responsável da Unidade de qualquer anormalidade.
- 4 - Providenciar documentação dos pacientes: guias, procurações, etc.
- 5 - Completar e entregar na secretaria os prontuários dos pacientes que deixarem a Unidade por alta, óbito ou transferências.
- 6 - Manter os prontuários em ordem e arquivar o que for necessário.
- 7 - Encaminhar e providenciar os pedidos de exames solicitados.
- 8 - Receber os resultados de exames de Laboratório; Raio X e outros, anexando-os aos prontuários.
- 9 - Colaborar na verificação e notificação do material inutilizado e dos reparos necessários à Unidade.
- 10 - Prestar informações de sua competência aos médicos visitantes e outras pessoas.
- 11 - Distribuir correspondências e pacotes ao paciente entregues por familiares.
- 12 - Conservar o quadro de aviso atualizado.
- 13 - Colaborar com a atualização do quadro mural.

- 14 - Atender o telefone e transmitir recados.
- 15 - Anotar diariamente dados relacionados com as atividades desenvolvidas pela enfermagem, para fins de estatísticas.
- 16 - Manter boas relações com os demais serviços do Hospital.
- 17 - Zelar pela ordem do ambiente.
- 18 - Desempenhar tarefas a fins.
- 19 - A Escrituração de Enfermagem será exercida pelo pessoal de Enfermagem, principalmente pelo Atendente que está entrosado com as demais atividades de enfermagem da Unidade, e eventualmente substituirá outro profissional da área.

CAPÍTULO IV DISPOSIÇÃO GERAL

- Art.12º - Ao Ser Admitido o funcionário deverá ser inteirado do regulamento dos funcionários, do Regulamento da Divisão de Enfermagem, bem como das ordens e rotinas de serviço do Hospital e outras instituições.
- Art.13º - No ato de admissão o funcionário deverá apresentar todos os documentos exigidos pelo Setor de Pessoal.
- Art.14º - Caberá à assistência da Chefe de Enfermagem, da Responsável do Setor, fazer a devida interação do novo funcionário em seu serviço no Hospital.
- Art.15º - O uso do uniforme completo é obrigatório para todos os funcionários em serviço.
- Art.16º - Cabe a cada funcionário a responsabilidade de limpeza e conservação de seu uniforme.
- Art.17º - O cartão-ponto será batido após o servidor estar devidamente uniformizado.
- Art.18º - O Hospital não se responsabiliza por perdas e desaparecimentos de dinheiro, jóias ou outros objetos pessoais.
- Art.19º - Para as refeições será estabelecido um horário, cabendo a Responsável do Setor ou da Unidade fazer escala

sem prejudicar o bom andamento do serviço.

Art.20 - O Pessoal de Enfermagem obedecerá aos princípios do Código de ética de enfermagem, bem como aos princípios da moral cristão, além de cumprir os dispositivos deste regulamento.

Art.21º - Haverá rodízio do Pessoal de Enfermagem no que se refere a Unidade e horários, dependendo das necessidades do serviço.

Art.22º - Os boletins de merecimento do Pessoal serão preenchidos pela responsável da Unidade e promulgados pela Chefe da Divisão de Enfermagem.

Art.23º - Para realizar tarefas imprevistas ou para por em dia serviços atrasados, a Responsável da Unidade poderá escalar seu pessoal, para serviços extraordinários, após acordo prévio com a Chefe da Divisão de Enfermagem e com o Setor de pessoal.

Art.24º - Todo o Pessoal de Enfermagem deverá procurar entrosar-se com os colegas das outras Unidades, com a hierarquia, médicos e com todo os funcionários do Hospital, para obter o máximo de eficiência, visando sempre o bem estar físico, psíquico, moral e espiritual do paciente finalidade primeira do Hospital de Caridade.

Art.25º - Os casos omissos serão resolvidos pela Chefe da Divisão de Enfermagem e assessorada pela assistente.

anexo nr.3

ROTEIRO DE DADOS DE BASE SEGUNDO A TEORIA DE KING À SER APLICADO COM O PACIENTE ONCOLÓGICO

1 - Saúde/Doença

- 1.1 - O que acha da sua saúde?
- 1.2 - O que sabe sobre seu tratamento?
- 1.3 - Que tratamento já fez? Como se sente?
- 1.4 - O que acha do tratamento? Como se sente?
- 1.5 - O que espera do seu tratamento?
- 1.6 - O que sabe sobre a doença?
- 1.7 - Como se sente em relação a sua doença?
- 1.8 - Que experiência com doença (grave) já teve (pessoal e membros da família).

2 - Dados Complementares

- 2.1 - Sinais Vitais (T, R, P, P.A.)
- 2.2 - Conforto
- 2.3 - Exercício e repouso
- 2.4 - Sono
- 2.5 - Nutrição e Hidratação
- 2.6 - Eliminação
- 2.7 - Integridade cutâneo-mucosa
- 2.8 - Mobilidade
- 2.9 - Recolhimento, lazer e interação social
- 2.10- Sexualidade
- 2.11- Espiritualidade
- 2.12- Exames Laboratoriais

3 - Self Físico

- 3.1 - O que pensa do seu corpo?
- 3.2 - Gosta do seu corpo?
- 3.3 - Que imagem física tem de si mesmo?
- 3.4 - O que pensa da sua saúde?

4 - Self Psicológico

- 4.1 - O que pensa de si?
- 4.2 - Gosta de si mesmo?
- 4.3 - Que valor atribui a si?
- 4.4 - Que tipo de pessoa você pensa que é?
- 4.5 - Quais os seus pontos fracos?
- 4.6 - Quais os seus pontos fortes?
- 4.7 - Como se sente em relação a receber ou dar ajuda?

5 - Espaço

- 5.1 - O que pensa do espaço que tem em sua casa? (ambiente físico e psicológico).
- 5.2 - O que pensa do ambiente da clínica? (hospital)
- 5.3 - Como se sente em proximidade com outras pessoas?
- 5.4 - Com quem você se sente mais próximo em casa? No hospital?

6 - Papel

- 6.1 - Qual é a sua atividade básica em casa? E no trabalho?
- 6.2 - Quem toma as decisões em sua casa?
- 6.3 - Como se sente em relação as decisões que são tomadas na família? E no trabalho?
- 6.4 - Houve alguma alteração na sua atividade após a doença?
- 6.5 - Como se sente em relação ao pessoal de enfermagem?
- 6.6 - Como pode ajudá-lo a enfermagem?

7 - Estresse

- 7.1 - Tem enfrentado situações estressantes em sua vida? (morte de familiares, separações, etc...)
- 7.2 - Como enfrenta/ou estas situações?
- 7.3 - Como está enfrentando a sua doença?

8 - Comunicações

- 8.1 - Expressões não verbais (olhar, postura, tamborilar de dedos, etc...)

8.4 - Expressões verbais (espontaneidade, clareza, compreensão)

8.3 - Expressões (verbal, não verbal) em frente de familiares.

ROTEIRO DE DADOS DE BASE SEGUNDO A TEORIA DE KING, À SER APLICADO COM A FAMÍLIA DO PACIENTE ONCOLÓGICO

1 - Saúde/Doença

1.1 - Como se sente em relação a doença do paciente?

1.2 - O que sabe sobre o tratamento do paciente?

1.3 - O que espera do tratamento, que expectativas tem?

1.4 - Que experiência com doença (grave) já teve (pessoal e membros da família)?

1.5 - Como vê a patologia do paciente?

2 - Dados Complementares

2.1 - Espiritualidade

2.2 - Recolhimento, lazer e interação social

3 - Self Físico

3.1 - Que imagem física tem de si?

3.2 - Gosta do seu corpo?

4 - Self Psicológico

4.1 - O que pensa de si?

4.2 - Gosta de si mesmo?

4.3 - Que valor atribui a si?

4.4 - Que tipo de pessoa você pensa que é?

4.5 - Quais os seus pontos fortes?

4.6 - Quais os seus pontos fracos?

4.7 - Como se sente em relação a receber ou dar ajuda?

5 - Espaço

5.1 - O que pensa do espaço que tem em sua casa? (ambiente físico e psicológico)

5.2 - O que pensa do ambiente do hospital?

5.3 - Como se sente em proximidade com outras pessoas?

5.4 - Com quem você se sente mais próximo em casa? No hospital? (caso seja o paciente, quem além dele?)

6 - Papel

6.1 - Qual é a sua atividade básica em casa? E no trabalho?

6.2 - Quem toma as decisões em sua casa?

6.3 - Como se sente em relação as decisões que são tomadas na família? E no trabalho?

6.4 - Houve alguma alteração na sua atividade após a doença do paciente?

6.5 - Como se sente em relação ao pessoal de enfermagem?

6.6 - Como pode ajudá-lo à enfermagem?

7 - Estresse

7.1 - Tem enfrentado situações estressantes em sua vida? (morte de familiares, separações, etc...)

7.2 - Como enfrenta estas situações?

7.3 - Como está enfrentando a doença do paciente?

7.4 - O que mais lhe aflige, preocupa no momento?

8 - Comunicação

8.1 - Expressões não verbais (olhar, postura, tamborilar de dedos, etc...)

8.2 - Expressões verbais (espontaneidade, clareza, compreensão).

8.3 - Expressões utilizadas para se referir a patologia do paciente.

8.4 - Expressão (verbal e não verbal) em frente ao paciente.

UMA VISÃO ESQUEMÁTICA DA POSTURA DO

ENFERMEIRO

anexo n. 4

